

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE PARA TRATAMENTO & SERVIÇOS DE SAÚDE

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ Island Health

Care se esforça para ser um centro de saúde abrangente, respondendo às necessidades de saúde da comunidade, promovendo saúde e bem-estar, e capacitando paciente a gerenciar a sua saúde e cuidados de saúde. Estamos comprometidos em proporcionar serviços de alta qualidade e de preços acessíveis para todos os pacientes que atendemos. Os provedores da IHC e funcionários irão trabalhar junto com você para orientar e fazer recomendações a respeito de seu cuidado e tratamento.

A Clínica Island Health Care presta atendimento primário e alguns serviços de saúde comportamental. Avaliações adicionais, como exames de laboratório, estudos de raio-x, encaminhamentos a especialistas e tratamentos, ou estudos mais abrangentes, será de responsabilidade do(a) paciente. Todas as tentativas serão feitas para prestar essas assistências e organizar esses serviços.

Entendo que, a fim de prestar serviços, poderá ser necessário que Island Health Care comunique com e/ou encaminhe a recursos alheio. Autorizo à Clínica Island Health Care a compartilhar as minhas informações médicas com qualquer estabelecimento de saúde e qualquer provedor de saúde, considerados necessários.

Autorizo o tratamento médico providenciado pela Clínica Island Health Care. entendo que o tratamento médico e os procedimentos são fornecidos por Médicos ou Enfermeiras que Praticam Medicina (*Nurse Practitioners*) que praticam independente.

Eu concordo em:

- a) fornecer à Clínica I.H.C informações corretas sobre outros médicos e/ou centros e entidades de serviços médicos que prestam serviços de saúde para mim.
 - b) participar das decisões sobre os meus cuidados de saúde e seguir as recomendações do Island Health Care que mutuamente concordamos
 - c) informar à Island Health Care sobre quaisquer mudanças na minha saúde e/ou reações adversas ao tratamento e medicamentos, incluindo dor.
 - d) fornecer Island Health Care informações sobre o meu seguro de saúde ou informações financeiras, conforme o solicitado, e notificar à Clínica I.H.C de quaisquer alterações no meu seguro de saúde e situação financeira. Entendo que o não cumprimento deste requisito poderá criar uma situação em que serei responsável pelo pagamento dos serviços associados ao meu tratamento.
 - e) tratar os(as) funcionários(as) da Clínica Island Health Care com respeito.
- Entendo que pode demorar de 48 à 72 horas para receber os resultados de certos testes e a renovação de prescrições.
Estou consciente de que para renovação de algumas prescrições é necessário uma consulta para reavaliar o meu plano de tratamento.
 - Entendo que eu sou responsável por todos os meus pertences pessoais durante visita no Centro de Saúde .
 - Reservo o direito a procurar tratamento em outros lugares sendo responsável por todas as despesas.
Os serviços da Island Health Care e sua equipe profissional, estão disponível durante o horário postado. Após horas de atendimento, um enfermeiro de triagem e serviços de provedor pelo telefone podem ser acessados pelo telefone 508-939-9358. Consulte os horários postados na entrada do centro de saúde.
Concordo em notificar à Island Health Care com 24 horas de antecedência se eu for incapaz de manter minha consulta.
 - Entendo que, se eu tiver perguntas ou preocupações sobre este formulário ou quaisquer serviços e regras do centro de saúde, posso solicitar uma reunião com um funcionário durante as horas de funcionamento do centro de saúde.
 - Entendo que se o meu seguro de saúde requerer um encaminhamento (*referral*) e eu não fornecer um no momento da minha visita no Island Health Care, posso ser responsável pela conta.

•
• Assinatura do Paciente _____ Data ____ / ____ / ____

Deixe em Branco Input by: _____ Date: _____
